ESSAI

N° 216.

SUR

LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES ACÉPHALOCYSTES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 26 août 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR P.-A. BRIANÇON, de Tournon,

Département de Lot-et-Garonne.

Pouvoir explorer est, à mon avis, une grande partie de l'art.

HIPP., *Epid.* III.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur*.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Président*. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER, *Examinateur*. / DUPUYTREN, *Examinateur*.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX, *Suppléant*.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet, *Suppléant*.	Maisonabe, *Examinateur*.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet, *Examinateur*.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

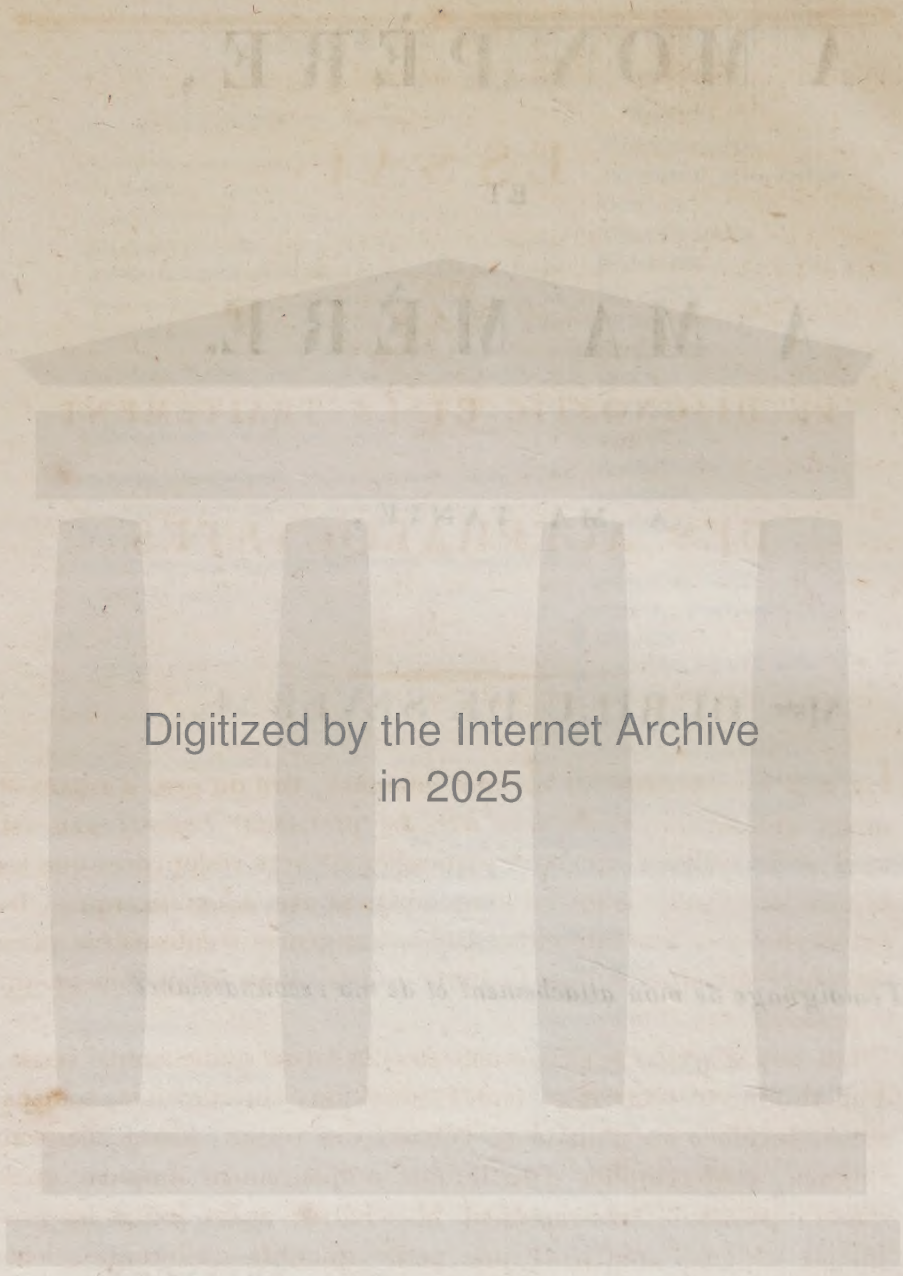
A MA MÈRE.

A MA TANTE,

Mgte. DURIEU DE SÉVÉRAC.

Témoignage de mon attachement et de ma reconnaissance.

P.-A. BRIANÇON.



Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/essailediagnosti0007parp

ESSAI

SUR

LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT

DES ACÉPHALOCYSTES.

Le mot *acéphalocyste* est un mot composé, tiré du grec ἀ κεφαλή et κυστις, qui signifie *vessie sans tête*. Le professeur *Laennec* s'en est servi pour désigner un genre particulier de vers vésiculaires que les helminthologistes, avant lui, confondaient avec les cysticerques, les polycéphales et les distrachycéros, autres genres d'entozoaires qu'on rencontre quelquefois chez l'homme, mais moins fréquemment que le premier.

Les *acéphalocystes* se présentent sous la forme d'une simple vessie, d'un volume très-variable, tantôt sphérique, tantôt ovoïde, transparente, incolore ou d'un blanc laiteux. Ces vessies, lorsqu'elles sont entières, sont remplies d'un liquide ordinairement limpide, quelquefois jaunâtre, très-rarement blanchâtre, ayant toutes les propriétés de l'eau contenant une petite quantité d'albumine; leurs parois sont minces, molles, d'une consistance et d'un aspect tout à fait analogues à ceux du blanc d'œuf à demi cuit; elles offrent souvent

dans leur épaisseur de petits corps ovoïdes, sphériques, blancs, opaques, peu adhérens, et généralement creux dans leur centre; d'autres fois, on rencontre à leurs surfaces de petits bourgeons d'une forme très-irrégulière et très-variée, à peine visibles, et de la grosseur d'un grain de chenevis. Ces corps ovoïdes, ces bourgeons sont regardés par quelques naturalistes comme étant de petites acéphalocystes récemment développées dans le corps de leur mère, dont elles ne paraissent se séparer que lorsqu'elles ont acquis une certaine grosseur. Enfin, il arrive quelquefois qu'on rencontre dans leur substance des granulations plus ou moins nombreuses, des épaississemens blancs, très-durs au centre, et se confondant insensiblement à la circonférence avec le reste de la vésicule dont ils ne semblent être qu'un mode d'altération. C'est d'après ces considérations que *Laennec* a décrit trois espèces d'*acéphalocystes* qu'il appelle *acephalocystis ovoïdea*, *acephalocystis surculigera*, et *acephalocystis granulosa*, chacune d'elles étant caractérisée par la présence *de corps oviformes*, *de bourgeons ou de granulations*. M. *H. Cloquet* a proposé le nom de *acephalocystis plana* pour désigner les granulations lenticulaires, aplaties, hydatiformes qu'on rencontre assez souvent dans les gaînes synoviales et les capsules tendineuses.

Lorsqu'on agite sur la main une *acéphalocyste*, à quelque espèce qu'elle appartienne, elle présente un phénomène bien remarquable : c'est un *frémissement* très-prononcé, qui dure quelques instans, et qu'on apprécie bien mieux à l'aide de l'auscultation que par le toucher seulement. J'ai appelé ce frémissement *frémissement hydatique*, bien qu'on le retrouve ailleurs que dans les hydatides, dans une masse gélatineuse, par exemple. Ce caractère physique est de la plus haute importance; on ne saurait trop l'étudier, car c'est sur lui, comme nous le verrons plus loin, que repose entièrement le diagnostic des kystes hydatifères. Ce sont les parois des vessies membraneuses dont je parle qui sont le siége de ce frémissement; le liquide qu'elles renferment ne paraît y contribuer qu'en les tenant dans une tension médiocre.

Quand on examine attentivement, soit à l'œil nu, soit même à l'aide du microscope, une *acéphalocyste*, une de ces vessies remplies d'eau, pour me servir de l'expression de *Bremser*, on ne distingue ni vaisseaux, ni nerfs, ni corps, ni tête, ni suçoir, rien, en un mot, qui puisse faire présumer que c'est là un être organisé, doué de la faculté de se mouvoir, de se nourrir, de se reproduire. Une poche gélatineuse inerte, voilà quelle est l'apparence d'une *acéphalocyste*. On a lieu de s'étonner, d'après cela, qu'il règne sur la nature de ces productions accidentelles des opinions si différentes. Les uns, en effet, se basant spécialement sur l'analogie qui existe entr'elles et les vessies caudales des cysticerques, sur quelques apparences de nutrition et de reproduction, veulent, avec MM. *Cuvier* et *Laennec*, que ce soit des êtres doués d'une vie individuelle, mais situés le plus bas possible de l'échelle zoologique. D'autres, au contraire, rejetant toute idée d'analogie, toute apparence de nutrition et de reproduction, ne voient dans ces vésicules qu'une dilatation des vaisseaux lymphatiques ou une transformation organique. Je n'examinerai pas ici quelle peut être la valeur des raisonnemens que chacun porte à l'appui de son opinion; je serais entraîné trop loin par des considérations d'un détail minutieux, et je sortirais nécessairement de mon sujet. Je me contenterai d'exprimer que plusieurs faits d'anatomie pathologique me portent à croire que ce qu'on appelle *acéphalocyste* n'est autre chose, dans le principe, qu'une *lymphe plastique*, sécrétée par nos organes dans des conditions données. Cette lymphe, d'abord inorganique, subirait, par l'action vitale, des changemens inconnus dans leurs causes et leur essence, qui la rapprocheraient d'une vésicule adipeuse ou cellulaire. *Béclard* ne paraissait pas être très-éloigné de cette opinion, lorsqu'il disait : « Il existe entre les kystes ou vésicules séreuses tenant au tissu cellulaire par leur face externe et les vers hydatiques, des transitions insensibles entre lesquelles il est très-difficile d'établir une démarcation tranchée. Ainsi, les petites vésicules séreuses que l'on trouve si souvent dans les plexus choroïdes, celles que l'on voit quelquefois à l'extrémité frangée de la trompe utérine, celles que j'ai

vues plusieurs fois dans les végétations des membranes muqueuses nasale et utérine, paraissent évidemment appartenir aux kystes. La môle hydatique en grappes me semble encore appartenir au même genre, et cependant un médecin-naturaliste très-habile, M. *H. Cloquet*, la rapporte au genre *acéphalocyste*. Les trois espèces d'*acéphalocystes*, simples elles-mêmes, dont l'animalité est encore douteuse, se rapprochent aussi, jusqu'à un certain point, des kystes. J'ai retiré une fois de dessous la peau du cou, et plusieurs fois de dessous la peau de la mamelle, des acéphalocystes de ces espèces, uniques, non enkystées, non adhérentes, à la vérité, mais comme accolées et agglutinées au tissu cellulaire. Le plus souvent, il est vrai, on trouve l'une ou l'autre des trois espèces d'acéphalocystes simples, rassemblées en grand nombre et libres dans un kyste distinct. » (Anat. génér., pag. 201.) Nous verrons un peu plus loin quelle est l'opinion de *Bremser ;* elle se rapproche singulièrement de celle que j'ai émise, on peut même dire qu'elle n'en diffère qu'en ce que l'animalité de ces poches remplies d'eau ne me semble pas aussi rigoureusement démontrée qu'à l'auteur dont je parle. Au reste, quelque opinion que l'on adopte sur la nature des acéphalocystes, celles-ci n'en sont pas moins des corps étrangers qui se développent dans nos organes, y prennent de l'accroissement, gênent l'exercice de leurs fonctions, et compromettent le plus souvent d'une manière très-grave la vie de l'homme.

Les acéphalocystes peuvent se développer dans toutes les parties du corps; cependant le foie, la rate, les reins, le tissu cellulaire, la matrice, en sont incomparablement plus souvent affectés que tout autre organe; on en a vu encore dans les poumons, dans les parois du cœur, dans la moelle épinière, le cerveau, le corps thyroïde ; M. *Cullerier*, enfin, en a rencontré dans le tibia. Il est à remarquer qu'on ne les observe, en général, que dans le tissu même des organes. On compte encore, pour ainsi dire, les cas où on les a vues primitivement dans les cavités naturelles ; quelques médecins pensent même que ces cas ne se sont jamais présentés. Cependant *Béclard* en a vu dans la vessie ; M. *Rostan*, dans la cavité de l'arachnoïde ; un de mes

amis attaché au service de Charenton, a rencontré un cas semblable à ce dernier, sur un maniaque paralytique; M. *Ferrand* élève interne à l'hôpital de la Charité, m'a dit avoir trouvé, sous le service de M. le professeur *Fouquier*, une hydatide entre les lobes inférieur et moyen du poumon droit; le professeur *Laennec* en a vu dans la cavité de la vésicule du fiel. Il est vrai de dire que, dans ce dernier cas, il existait un kyste hydatique dans le foie, où *paraissaient* s'ouvrir quelques vaisseaux biliaires, ce qui porte l'auteur de l'observation à penser qu'elles tiraient leur origine de cet endroit. *Geoffroi*, cité par *Bremser*, pag. 305, dit avoir trouvé dans la cavité pleurale deux hydatides d'une grosseur extraordinaire; M. *Al. Colson* (Revue médic., 1827, tom. 4, pag. 33 et suiv.) cite une observation d'hydatides développées entre les feuillets antérieur et postérieur du grand épiploon. Enfin, on en voit quelquefois dans la cavité même de l'utérus, où elles présentent un caractère particulier qui leur a valu le nom d'*hydatides en grappes*. Il est assez fréquent néanmoins de rencontrer des acéphalocystes dans les cavités naturelles; mais il faut remarquer qu'elles ne s'y trouvent le plus souvent que consécutivement à la rupture de leur kyste. J'aurai occasion d'en rapporter plusieurs exemples.

Il est rare de trouver des acéphalocystes isolées dans nos organes; le plus souvent, au contraire, elles vivent en société, rassemblées en grand nombre et renfermées dans un kyste rempli de liquide qui leur sert de demeure. Ce kyste est le plus généralement fibreux, quelquefois fibro-cartilagineux; rarement on l'a vu entièrement osseux. Son épaisseur varie suivant l'endroit où il se développe : dans le tissu cellulaire, il est environné d'une couche plus ou moins épaisse de ce tissu, qui lui envoie des vaisseaux sanguins assez nombreux; dans le foie, les reins, la rate, les parois de la matrice, dans les organes enfin dont la texture est serrée, le kyste a beaucoup moins d'épaisseur, il est réduit à lui-même, pour ainsi dire. Sa face interne n'est jamais ni lisse, ni polie, comme les membranes séreuses; elle est tapissée le plus souvent par une fausse membrane jaunâtre, ayant la consistance du blanc d'œuf à moitié cuit, et plus ou moins adhé-

rente. Le liquide qu'il renferme varie beaucoup en quantité et en qualité : tantôt il est très-abondant, c'est le cas où il est en général limpide, clair comme de l'eau de roche, et où les hydatides sont en petit nombre; tantôt, au contraire, il est très-rare ; c'est le cas où j'ai cru observer qu'il était bourbeux, séro-purulent, jaunâtre, et que les hydatides étaient en grand nombre. On verra, plus tard, combien il est important, par rapport au diagnostic, de tenir compte de cette quantité variable de liquide et d'acéphalocystes.

Quand on aborde la partie étiologique des productions accidentelles dont il est ici question, on ne trouve pas moins de difficultés que lorsqu'on veut remonter à leur nature même. Tout ce qu'on sait à ce sujet se réduit à quelques remarques plus ou moins exactes. Ainsi on a dit que l'habitation dans les lieux bas, humides, froids, prédispose à leur développement. La vérité de cette assertion est prouvée par la plupart des observations détaillées que l'on trouve dans les auteurs, et par l'analogie que l'on peut trouver entre les acéphalocystes et les cénures cérébraux des moutons. La pathologie vétérinaire nous apprend, en effet, que ces animaux ne sont jamais plus souvent et plus gravement affectés du cénure cérébral que lorsqu'on les fait paître ou qu'on les renferme dans des lieux bas, humides et froids tout à la fois; que celui-ci ne se développe dans aucun cas plus souvent qu'en hiver et au printemps, c'est-à-dire dans les saisons les plus froides de l'année. Mais je ne suis pas de l'avis des auteurs qui pensent que l'âge avancé du sujet doit être compté au nombre des causes prédisposantes du développement des acéphalocystes. D'un côté, en effet, sur treize malades affectés d'hydatides que j'ai eu occasion de voir dans les hôpitaux, un seul avait dépassé l'âge de quarante ans ; d'un autre côté, la lecture de quarante ou cinquante observations éparses m'a démontré que les deux tiers environ des malades étaient peu avancés en âge ; et si l'on me permet d'invoquer encore l'analogie, je vois que c'est spécialement depuis l'âge d'un à deux ans que les moutons sont le plus souvent affectés du cénure cérébral, qui ne se retrouve presque plus chez les individus avancés

en âge. Telles sont les considérations qui me portent à douter de l'opinion généralement reçue, relativement à l'influence de l'âge.

Il est un autre genre de causes qui a été moins généralement observé, mais dont l'influence ne paraît pas être douteuse : je veux parler des contusions et des commotions. Des auteurs justement célèbres, tels que *Lassus*, *Corvisart*, etc., etc., rapportent plusieurs observations de kystes hydatifères développés dans des organes qui, quelque temps auparavant, avaient éprouvé des contusions plus ou moins fortes. Je ne puis m'empêcher de citer un passage de *Bremser*, qui dit : « Toute commotion violente résultant d'une chute, d'une toux, d'un effort, d'un éternuement, pourrait bien avoir le même résultat. Cette supposition ne me paraît pas gratuite; car s'il est de fait qu'une commotion violente sur la colonne vertébrale peut occasionner une hydropisie dans les ventricules du cerveau, ne serait-il pas aussi bien admissible *qu'une goutte de substance plastique vivante, sortie de la circulation, pût être épanchée dans tout autre organe, et que cette goutte se formât subitement en un tout individuel?* Ce tout prendrait alors la forme primitive de tous les corps organisés, se développerait par suite aux dépens de l'organe, et *finirait par jouir d'une vie indépendante.* » Quoique, parmi les treize observations que j'ai eu occasion de recueillir, il n'y ait eu que trois cas où j'aie pu attribuer la cause de la maladie à une lésion extérieure, je suis loin de refuser à ce genre de cause une grande influence : il arrive si souvent que nos organes sont contus, irrités même très-violemment sans que nous en ayons la moindre conscience! Je partage également très-volontiers l'opinion de *Bremser* sur la formation première des acéphalocystes ; seulement, comme je l'ai dit plus haut, la vie individuelle de ces prétendus êtres ne me paraît pas aussi rigoureusement démontrée.

Lorsqu'un kyste hydatifère a pris naissance dans nos organes, il est bien rare qu'il reste stationnaire ; son développement se fait à la vérité très-lentement dans la plupart des cas, mais il n'en détermine pas moins des lésions fort graves. Rarement ces lésions se bornent-elles à une simple compression des parties voisines, à des changemens de

rapports entre elles ; l'organe malade devient compacte, peu accessible aux fluides ; de là des troubles plus ou moins grands dans ses fonctions. *Ruysch* (Thesau. lib., 1, n° 12) rapporte avoir vu un foie qui ne consistait pour ainsi dire qu'en hydatides ; on ne voyait plus dans le foie la moindre ramification provenant de la veine-porte ni de la veine-cave ; les conduits biliaires avaient disparu, ainsi que les artères du foie. Les altérations sont quelquefois portées à un bien plus haut point encore : on trouve dans le Muséum anatomique de la faculté de Paris, une pièce en cire qui représente tout le lobe droit du foie et la plus grande partie de son lobe gauche occupés par une cavité immense, dont les parois épaisses, de couleur jaunâtre, ayant l'aspect du suif, ont été transformées en une substance graisseuse ; c'est une masse homogène, où l'on n'aperçoit ni artères, ni veines, ni nerfs. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu, en 1825, un cas tout à fait analogue. *Lüdersen*, cité par *Bremser*, dit qu'en examinant le cadavre d'un hydropique âgé de quarante ans, il trouva la rate de cet individu transformée en un sac d'un volume énorme, et qui contenait une quantité extraordinaire d'hydatides. On n'en finirait pas, si on voulait rapporter tous les faits analogues qui se trouvent consignés dans les auteurs.

Les symptômes auxquels donnent lieu les kystes hydatiques varient non seulement suivant l'organe où ils prennent naissance, mais ils se rencontrent encore dans plusieurs maladies de ce même organe. Voilà ce qui en rend le diagnostic si difficile, on peut même dire impossible. Différens auteurs, il est vrai, se sont occupés des moyens de les reconnaître, mais ils n'ont atteint leur but que très-incomplètement. Quelle est la valeur, par exemple, des symptômes suivans, qu'un médecin recommandable attribue aux hydatides du foie : teint pâle, douleurs passagères, sentiment de pesanteur dans l'hypochondre droit, sans jaunisse, langue pâle, perte d'appétit, digestions difficiles, pouls lent, petit, tendu !!!

Parmi les phénomènes qu'on attribue en général aux collections hydatiques, un seul mérite de fixer notre attention : c'est une tumeur plus ou moins volumineuse à laquelle elles donnent lieu quelquefois.

Mais ce phénomène est loin d'être caractéristique ; et pour prouver combien peuvent être grandes encore les difficultés qu'offre le diagnostic, prenons pour exemple les maladies du foie qui se manifestent en général par ce symptôme.

Parmi les maladies qui peuvent affecter le foie ou ses annexes, il en est un bon nombre qui sont accompagnées du gonflement de l'hypochondre. De ce nombre sont les abcès, les cancers, les tubercules, la mélanose, l'hydropisie enkystée simple, la distension de la vésicule biliaire, les kystes hydatiques. Procédons à l'examen de chacune de ces maladies, étudions bien leurs symptômes, et voyons si, même en remontant aux circonstances commémoratives les plus précises, nous pourrons, dans un grand nombre de cas, déterminer au juste quelle est la nature du mal.

Lorsqu'à la suite d'une chute, d'une contusion sur l'hypochondre, ou de toute autre cause plus ou moins appréciable, il survient une tension douloureuse du bas-ventre, particulièrement de la région du foie; si la douleur, soit vive, soit obtuse, est accompagnée de hoquets, de vomissemens, de fièvre violente; si la peau et les urines sont ictériques, la soif violente, les excrémens grisâtres et très-durs; si l'inspiration et la pression augmentent les douleurs, tout porte à croire qu'il existe une hépatite. —Lorsqu'à ces symptômes succède la diminution de la douleur, qui devient pulsative; qu'il se manifeste des frissons irréguliers, de longue durée, pendant lesquels le pouls est petit, fréquent, devenant plus élevé à mesure que le frisson cesse, et qu'il est suivi de chaleur et de moiteur générale; que le malaise et l'abattement vont croissant, nul doute que l'inflammation du foie ne se termine alors par suppuration. —Si dans ces circonstances il se manifeste dans l'hypochondre droit une tumeur d'abord rénitente, non circonscrite, se confondant en apparence avec les tégumens qui sont œdémateux ; si dans le centre de cette tumeur on parvient, au bout de quelques jours, à distinguer la fluctuation, tandis que la circonférence reste dure et rénitente, nul doute alors que le développement de l'hypochondre ne dépende d'un abcès survenu dans le

foie. Là rien ne peut faire présumer l'existence d'un kyste hydatique.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi : il est des abcès du foie qui n'ont été précédés d'aucun trouble de la région hépatique, et que l'investigation la plus scrupuleuse ne peut faire reconnaître ; en voici deux exemples : *Béclard* rapportait dans son cours de pathologie, qu'il avait trouvé sur un cadavre un abcès borné au parenchyme du foie, et dont l'existence n'avait point été soupçonnée pendant la vie. J'ai vu un cas tout à fait analogue : en 1825, vers le mois de mars, il y avait à l'Hôtel-Dieu, dans l'un des derniers numéros de la salle Saint-Paul, sous le service de M. le professeur *Dupuytren*, un homme qui venait d'avoir la main droite fortement mutilée par une roue de voiture. Cet homme, jeune et doué de toute la vigueur de son âge, n'avait jamais éprouvé la moindre indisposition; aucun trouble n'avait eu lieu dans la région hépatique; il ne cessa, pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, de présenter les signes d'une très-bonne santé. Il dut un instant aux soins assidus de M. *Dupuytren* la conservation de son membre, et il était sur le point de sortir de l'hôpital, lorsqu'il mourut subitement. A l'ouverture du cadavre, on trouva *un énorme abcès dans le foie.*

Une tumeur s'étant développée dans l'hypochondre droit, croirait-on qu'elle n'est pas de nature cancéreuse, parce que le malade n'a jamais éprouvé des douleurs lancinantes dans le foie ni des dérangemens dans les fonctions digestives; parce que la tumeur ne sera point inégale, que son centre ne sera point déprimé en godet, qu'il ne sera pas survenu une hydropisie du péritoine, et qu'il n'existera aucun signe de cachexie cancéreuse? Je crois qu'on serait fortement dans l'erreur : un seul fait prouvera combien la maladie peut être latente, malgré l'étendue des lésions organiques. Madame Renvoiset, de Fontainebleau, entra à l'Hôtel-Dieu en 1826, et fut couchée au numéro 8 de la salle Saint-Lazare ; cette femme, âgée de quarante-un ans, d'un tempérment nerveux, portait, depuis quelques années, dans la région hépatique, au-dessous du rebord des côtes asternales, une tumeur un peu mobile, non bosselée, et indolente même sous la pres-

sion; la malade n'avait jamais éprouvé de douleurs lancinantes dans le foie ni de dérangemens dans les fonctions digestives; la nutrition se faisait très-bien; les jambes n'étaient point infiltrées, il n'y avait point d'hydropisie ascite; en un mot, cette femme était en bon état, à cela près qu'elle accusait un sentiment de pesanteur dans le ventre, particulièrement dans la région épigastrique. Au bout de deux mois de séjour à l'hôpital, la malade mourut en vomissant une grande quantité de sanie fétide. L'ouverture du cadavre prouva qu'il existait, le long de la petite courbure de l'estomac, une ouverture d'un pouce de diamètre, à bords renversés et épaissis, qui conduisait dans une énorme excavation creusée dans le foie, et remplie de matières putrilagineuses, brunâtres, exhalant l'odeur la plus fétide.

J'ai vu, en ville, un cas à peu près semblable.

Je ne pense pas que le développement de l'hypochondre occasionné par la présence de nombreux tubercules dans le foie puisse, dans aucun cas, avant l'ouverture du sujet, être rapporté avec certitude à sa véritable cause : de quelle valeur seront, en effet, le sentiment de pesanteur dans la région du foie, quelques troubles de la digestion, quelques frissons passagers suivis de sueurs froides, visqueuses, fétides? L'âge, le tempérament, la constitution, l'état des poumons, pourront tout au plus faire naître des soupçons sur la nature de la maladie.

On peut en dire autant de la mélanose : le professeur *Laennec* a observé un sujet qui ne présentait pour tout symptôme de cette maladie qu'un développement très-considérable du ventre, avec un sentiment de pesanteur dans cette partie. Le malade mourut, et, à l'ouverture du cadavre, il trouva le foie si volumineux, qu'il s'étendait à tous les points de la cavité abdominale; il était farci de mélanoses.

Je pense que dans la majorité des cas, il sera possible de reconnaître les tumeurs formées par la rétention de la bile dans la vésicule du fiel : les symptômes d'inflammation du canal cholédoque, les coliques hépatiques, la teinte ictérique de la peau et des urines, qui au-

ront précédé l'apparition rapide d'une tumeur fluctuante dans toute son étendue, sans rénitence à sa circonférence, suffiront pour caractériser la maladie. Mais il est des cas où le diagnostic est bien plus difficile : je suppose que la tumeur dont nous parlons soit ancienne, qu'elle soit survenue lentement, sans symptômes d'inflammation du canal cholédoque, sans coliques hépatiques, sans ictère, comme les auteurs en rapportent des exemples ; je suppose que le sujet ait un embonpoint considérable, et que la fluctuation de la tumeur soit douteuse ou n'existe même pas ; la nature de la maladie restera alors inconnue, et l'on sera porté, par rapport à l'ancienneté de la tumeur, à supposer une altération organique, une transformation de tissu, un kyste hydatifère, par exemple.

L'hydropisie enkystée simple du foie survient le plus généralement sans causes connues, sans signes précurseurs. Son développement dans tous les cas est extrêmement lent; un sentiment de tension et de pesanteur dans l'hypochondre droit, la présence d'une tumeur tantôt dure, tantôt fluctuante, quelques troubles dans les fonctions digestives, voilà les phénomènes qu'elle présente. Aucun de ces symptômes ne peut la faire distinguer de la plupart des maladies que je viens de passer en revue.

Il faut en dire autant, à mon avis, des kystes hydatifères du foie qui sont accompagnés des mêmes symptômes, et suivent en général la même marche que l'hydropisie enkystée simple. La tumeur de l'hypochondre, quand elle existe, peut être molle et fluctuante, ou dure et rénitente. Je ne pense pas que l'on puisse dire avec un auteur moderne que *l'absence de la fluctuation doit éloigner toute idée d'hydatides*. Voici un fait qui prouve que cette assertion est trop générale. En 1826, il y eut au n°. 35 de la salle Sainte-Madeleine, à l'Hôtel-Dieu, un homme âgé de soixante-deux ans qui portait un développement très-considérable de l'hypochondre droit ; le cas était pressant : la suffocation était imminente. MM. *Dupuytren* et *Breschet*, appelés en consultation par M. *Récamier*, ne purent, je ne dirai pas reconnaître, mais même soupçonner la fluctuation dans la tumeur. Une ponction explo-

ratrice, faite avec un trocart très-fin, fit présumer que ce développement de l'hypochondre dépendait d'un kyste hydatifère énorme, développé dans le foie à une profondeur peu considérable. On pratiqua avec le bistouri une incision d'un pouce d'étendue, par laquelle sortirent un grand nombre d'hydatides et beaucoup de liquide purulent, jaunâtre. Le malade mourut trois jours après l'opération. A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes une poche immense, creusée dans le foie, très-près de sa face convexe.

Il est aisé de voir, je pense, combien de difficultés entourent le diagnostic des kystes hydatifères. Que la tumeur en effet soit dure, rénitente, on pourra la confondre avec certains abcès chroniques, le cancer, les tubercules, la mélanose, l'hydropisie enkystée sans fluctuation apparente; qu'elle soit fluctuante, il sera dans beaucoup de cas impossible de déterminer si elle n'appartient pas à un abcès chronique, à une hydropisie enkystée, ou bien à une distension de la vésicule du fiel survenue lentement et sans symptômes de coliques hépatiques. Au reste, les médecins qui se sont occupés du diagnostic différentiel des tumeurs dont je parle, expriment tous leur embarras en disant : *il ne reste, pour découvrir leur véritable nature, que des moyens rationels, et par conséquent souvent illusoires.*

C'est pour lever les difficultés qui se rattachent au diagnostic dont nous parlons qu'on a proposé, dans ces derniers temps, d'avoir recours à une ponction exploratrice faite avec un trocart très-fin. S'il sort par la canule de l'instrument un liquide limpide, clair comme de l'eau de roche, on affirme que la tumeur est formée par un kyste hydatique. Ce moyen, beaucoup trop hardi, selon nous, doit être rejeté pour trois motifs principaux: 1°. Parce qu'au moment où on y a recours, on n'a encore aucune notion précise sur la nature du mal, et qu'il est des cas où un pareil moyen d'exploration peut être dangereux. 2°. Parce que, lorsque la tumeur est formée par un kyste hydatifère, le liquide, au lieu d'être limpide, peut être purulent, et qu'alors on ne peut plus savoir s'il ne provient pas d'un abcès; et que lorsqu'il est clair comme de l'eau de roche, on n'a aucun moyen de s'assurer

s'il ne vient pas d'une hydropisie enkystée. 3°. Enfin, nous pensons que ce moyen doit être rejeté, parce que si, au moment de la ponction, il n'existe pas des adhérences entre le foie et les parois abdominales, lorsqu'on retirera le trocart, il pourra se faire dans le péritoine un épanchement dont il ne sera pas facile de calculer les suites. Que cet épanchement, s'il est formé par de la sérosité seulement, ne soit suivi d'aucun danger, je l'accorde ; mais si c'est du pus ou de la bile qui s'épanche dans l'abdomen, à quels accidens n'est-on pas exposé? Tels sont les motifs qui nous portent à rejeter la ponction exploratrice dans les cas dont il s'agit.

Je crois avoir prouvé qu'il a été absolument impossible jusqu'ici de distinguer un kyste hydatifère de toute autre tumeur développée dans le foie, et caractérisée seulement par le gonflement de l'hypochondre droit. Ce vice de diagnostic tient à deux causes: au manque d'un signe pathognomonique qui indique la présence des acéphalocystes, et à l'obscurité de certaines maladies avec lesquelles on peut les confondre. J'espère que désormais ces difficultés n'existeront plus, ou qu'elles ne se représenteront que dans des cas fort rares, si l'on a égard aux signes que fournissent la percussion seule, et la percussion et l'auscultation réunies. Lorsqu'on applique une main sur un kyste contenant des acéphalocystes, de manière à l'embrasser le plus exactement possible, en exerçant une pression légère, et qu'avec la main opposée on donne un coup sec et rapide sur cette tumeur, on sent un frémissement analogue à celui que ferait éprouver un corps en vibration ; c'est le *frémissememt hydatique* dont j'ai parlé dans le commencement de ce travail. Si l'on réunit l'auscultation à la percussion, on entend des *vibrations* plus ou moins graves, semblables à celles que produit une corde de basse. Les signes dont je parle n'ont pas, dans tous les cas, une égale intensité. Tantôt, en effet, ils sont très-prononcés, tantôt ils le sont moins; mais je pense que dans la majorité des cas ils seront suffisans pour qu'on ne soit pas embarrassé dans le diagnostic. C'est au nombre des acéphalocystes et à la quantité de liquide contenu dans le kyste que l'on doit attribuer tout ce qu'il y a de

variable en intensité dans les phénomènes dont je parle. Voici les expériences que j'ai faites pour m'en assurer. J'ai pris une vessie ordinaire que j'ai remplie d'acéphalocystes entières et de diverses grosseurs; j'ai ajouté une assez grande quantité d'eau pour remplir les intervalles qu'elles laissaient entr'elles, et je l'ai fermée très-exactement : alors, en agitant la vessie entre les mains, j'ai senti le *frémissement hydatique* de la manière la plus prononcée; j'ai placé cette vessie sur une table, et, tandis que je la frappais légèrement à sa surface, j'entendais d'une manière très-distincte avec le stéthoscope appliqué sur elle les vibrations dont j'ai parlé plus haut. J'ai diminué la quantité des acéphalocystes, et j'ai augmenté celle du liquide de manière qu'il y eût parties égales de l'une et de l'autre : *le frémissement et les vibrations* étaient moins distincts que dans le cas précédent; j'ai diminué encore les acéphalocystes, et j'ai augmenté la quantité de liquide : l'intensité des *vibrations* et du *frémissement* est constamment allée en diminuant. Enfin, lorsqu'il n'y a plus eu dans la vessie que deux ou trois acéphalocystes et une très-grande quantité d'eau, les signes dont je parle ont entièrement disparu. — J'ai fait l'expérience inverse : j'ai rempli la vessie avec des acéphalocystes que j'ai tassées les unes contre les autres : le *frémissement* et les *vibrations* n'ont point été aussi prononcés que lorsqu'il y avait une petite quantité d'eau dans la vessie. De ces expériences je conclus que les kystes hydatifères sont d'autant plus faciles à diagnostiquer par le moyen que j'indique, que la quantité des acéphalocystes par rapport au liquide dans lequel elles plongent est plus considérable; qu'il est nécessaire cependant, pour que le frémissement et la vibration hydatiques soient à leur summum d'intensité, qu'il y ait dans le kyste une petite quantité de liquide; et que si la quantité de celui-ci est trop grande, le diagnostic finit par être impossible. Il n'y a pas long-temps, m'a-t-on dit, qu'il est mort à l'hôpital de la Charité une femme qui portait dans l'abdomen un kyste hydatique énorme, occupant l'une des régions iliaques. Ce fut en vain qu'on chercha le frémissement et la vibration hydatiques. A l'autopsie on trouva que le kyste contenait plusieurs pintes de sérosité transparente, et quelques hydatides

seulement. Cette observation vient à l'appui des conclusions que j'ai tirées des expériences précédentes.

Je passe maintenant à la question de savoir quelle peut être l'issue d'un kyste hydatique lorsqu'il a pris naissance dans nos organes, et qu'on le livre à sa marche naturelle. A mesure qu'elles s'éloignent de leur formation première, les acéphalocystes se multiplient, en général, grossissent, se rompent; le liquide qui les environne augmente en quantité, se dénature quelquefois; les parois du kyste, incessamment refoulées du centre à la circonférence, s'épaississent, s'enflamment, suppurent, contractent des adhérences avec les parties voisines avec lesquelles elles tendent à se confondre, et qu'elles troublent plus ou moins dans leurs fonctions. Alors, si le kyste est situé dans le cerveau, le malade périt après avoir présenté tous les symptômes du ramollissement cérébral; ou bien il meurt subitement avant d'offrir aucun signe de lésion organique, comme on en trouve un exemple dans le 3°. volume de la Revue médicale de 1824. Si le kyste s'est formé au-devant du cou, dans le corps thyroïde, par exemple, il peut s'ouvrir dans la trachée-artère, et déterminer une mort subite, après avoir causé plus ou moins de gêne de la respiration. *Lassus* (tom. 1, pag. 391) rapporte l'observation d'un malade qui périt de cette manière. Les acéphalocystes du poumon peuvent se faire jour à travers les bronches; dans ce cas, la suffocation est inévitable si les vésicules sont grosses et entières; lorsqu'au contraire, elles sont petites, elles peuvent être expectorées, et la santé se rétablir entièrement, comme on en trouve plusieurs exemples dans les auteurs, et entr'autres dans le journal de *Corvisart*, *Leroux*, *Boyer* (tome 2, cahier de prairial an IX). *Laennec* rapporte, dans son Traité de l'auscultation médiate (tom. 2, pag. 13), l'observation d'une jeune personne qui, après avoir présenté pendant longtemps tous les symptômes de la phthisie pulmonaire, éprouva un jour des douleurs très-vives dans la région épigastrique; quelques heures après elle rendit par les selles une grande quantité d'acéphalocystes. Dès ce moment la fièvre hectique cessa avec tous les symptômes de la phthisie, et la malade guérit. L'auteur que je viens de

citer pense que, dans ce cas, le kyste, qu'il suppose avoir eu son siége dans le poumon, se fit jour à travers le diaphragme, et s'ouvrit dans l'estomac ou le colon transverse. Les kystes hydatifères du poumon peuvent encore se rompre dans la plèvre, et causer des épanchemens et des inflammations le plus souvent incurables. Ceux qui se développent dans le foie font ordinairement périr les malades, à cause des désordres qu'ils entraînent dans la texture de cet organe ou dans les fonctions digestives. On observe encore cette terminaison fâcheuse lorsque le kyste se rompt dans une partie voisine, comme le péritoine, la plèvre, par exemple. Il est mort cette année, dans les salles de M. le professeur *Fouquier*, une femme qui portait depuis fort longtemps, dans la région du foie, une tumeur dont on ignorait la nature, et qui s'ouvrit tout à coup dans la poitrine, en traversant le diaphragme. L'ouverture du cadavre prouva que cette tumeur était formée par un kyste hydatifère. Il s'en faut de beaucoup que la terminaison des kystes dont nous parlons soit mortelle dans tous les cas. On trouve dans les auteurs des observations qui constatent la guérison de ces kystes à la suite de leur rupture dans une portion du canal intestinal. *Guattani* et *Platter* ont vu deux tumeurs semblables se faire jour à travers la peau par un orifice très-étroit, qui donna issue à une grande quantité d'acéphalocystes. Les poches qui les renfermaient se vidèrent peu à peu, et revinrent sur elles-mêmes. L'un de ces malades ne fut complètement guéri qu'au bout de six ans. Le prognostic est bien moins grave lorsque les hydatides sont renfermées dans l'utérus. Cet organe, éminemment contractile, une fois parvenu à un certain point de dilatation, auquel il ne se prête pas toujours facilement, réagit tout à coup sur ce qu'il renferme, et par un travail analogue à celui de l'accouchement, expulse ces corps étrangers, et rentre dans son état ordinaire.

Laennec admet que la guérison des kystes remplis d'acéphalocystes peut avoir lieu sans que celles-ci soient expulsées au dehors. Il suffit, dit-il, que ces vers meurent; le liquide qu'ils contiennent et celui dans lequel ils nagent sont alors absorbés; le kyste revient sur

lui-même et se réduit à une très-petite masse dans laquelle on trouve, en l'incisant, les hydatides tout à fait aplaties, pressées les unes contre les autres, et comme stratifiées avec les couches de la matière albumineuse jaunâtre, et plus ou moins friables. L'auteur dont je parle pense que, dans cet état, les hydatides sont sans influence sur l'économie animale; et il est même porté à croire que le resserrement de la tumeur peut devenir tel, que celui-ci se change en une masse entièrement fibreuse, quoiqu'il n'en ait pas vu des exemples.

Deux méthodes de traitement ont été proposées pour remédier aux accidens produits par les acéphalocystes. La première, la plus ancienne, celle qui a été le plus généralement employée, consiste à leur donner issue par une opération chirurgicale; la deuxième a pour objet de les faire périr dans la poche qui les renferme, et de les livrer ensuite aux forces absorbantes des capillaires. Le moyen par lequel on peut parvenir à ce résultat étant entièrement inconnu, je n'insisterai pas davantage sur l'utilité de cette dernière méthode. Je me contenterai de rapporter que M. le professeur *Baumes*, dont nous déplorons la perte récente, croit que l'*hydrochlorate de mercure* possède la propriété de tuer les vers vésiculaires, et celle de favoriser leur expulsion; et que le baron *Percy* a fait rendre au moyen de lavemens d'eau salée des hydatides contenues dans la matrice. Il est probable que le moyen employé dans ce cas aura agi plutôt en provoquant les contractions utérines, qu'en exerçant une action délétère sur les hydatides.

On trouve dans les auteurs plusieurs faits qui constatent l'utilité des incisions pratiquées sur les kystes hydatifères, lorsque ceux-ci se sont développés dans le tissu cellulaire sous-cutané du cou, de l'aisselle, des membres, des cavités splanchniques. Dans ce cas, en effet, la fluctuation du liquide contenu dans la tumeur est facile à sentir, si elle est possible; il n'y a aucun organe important à la vie qui soit lésé; le trouble des fonctions n'est jamais bien considérable; le kyste est superficiel, et l'on peut l'inciser, l'exciser ou l'extirper sans qu'il en résulte le plus souvent des accidens fâcheux. Mais les conditions sont bien changées lorsque le mal siége dans un organe profond, impor-

tant à la vie, dans le foie, par exemple. L'incision des kystes ne fait alors que hâter la mort des malades. Voici ce que dit *Lassus* à cet égard : « La prudence veut que, faute de signes positifs et d'indications suffisantes pour agir, on ne les ouvre point, et qu'on fasse plutôt une médecine d'expectation qu'une médecine active. » Un peu plus loin, le même auteur ajoute : « L'incision de la tumeur fait périr promptement les malades sur lesquels on pratique cette opération. Elle donne issue à une plus ou moins grande quantité de sérosité et d'hydatides, mais sans possibilité d'obtenir la détersion d'un kyste épais.... Cette maladie, souvent méconnue dans sa formation, est nécessairement incurable. » La gravité des accidens qui se manifestent dans ce cas dépend, non pas de l'opération elle-même, mais de l'état ultérieur du kyste. Vient-on, en effet, à donner issue aux hydatides, il reste nécessairement, dans l'organe où elles avaient pris naissance, un kyste très-étendu, fibreux, et quelquefois fibro-cartilagineux, qui ne peut revenir que très-lentement sur lui-même. En attendant, l'air se précipite dans ce kyste, celui-ci s'enflamme, suppure ; les portions d'hydatides qui n'ont pas été évacuées se putréfient ; l'absorption d'une matière putride a lieu ; la fièvre hectique survient, et le malade périt. Il est évident qu'ici c'est à l'introduction et à la stagnation de l'air que l'on doit attribuer la cause de tous les accidens.

C'est pour prévenir la terminaison, en général si fâcheuse, des collections hydatiques profondément situées, et pour remédier aux imperfections de la méthode précédente, que M. *Récamier* a proposé et mis en usage un moyen fort ingénieux. Ce professeur veut qu'après avoir fait l'ouverture de la tumeur, on vide entièrement le kyste, et qu'on le remplisse d'un liquide plus ou moins adoucissant, que l'on renouvelle deux fois par jour, jusqu'à son oblitération complète. Il recommande que l'on applique sur l'ouverture un tampon de linge qui se pénètre de la matière de l'injection, à mesure que le kyste revient sur lui-même, et que l'on prévienne, par une position favorable, l'évacuation du liquide dans l'intervalle des pansemens. Par là, il

s'oppose à la pénétration et à la stagnation de l'air dans le kyste, il prévient les accidens qui en résultent le plus souvent, et se facilite le moyen d'agir immédiatement lorsque les circonstances l'exigent. J'ai vu, l'an dernier, dans les salles du professeur que je viens de citer, un jeune homme qui portait dans le foie un kyste hydatique énorme, et qui fut très-bien guéri dans l'espace de deux mois par ce moyen, qui n'a pas été sans quelque succès sur d'autres malades.

Je crois que c'est en procédant de la sorte que l'on pourra quelquefois obtenir la guérison d'une maladie que l'on a généralement regardée comme étant au-dessus des ressources de l'art. Le temps que réclamera la guérison sera toujours relatif à l'étendue du kyste et à sa nature. Plus il sera grand, plus il aura comprimé les parties voisines, plus il se rapprochera de l'état fibro-cartilagineux ou osseux, plus aussi le traitement sera long et son résultat incertain. Enfin il se présentera des cas où la désorganisation sera telle, que la guérison n'aura pas lieu. Il est fâcheux que ces cas ne puissent être connus d'avance; car la seule ressource qui reste alors, c'est l'expectation.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Lassitudines sponte obortæ, morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

II.

Quibus in febre ad dentes viscosa circumnascuntur, his febres fiunt vehementiores. *Sect.* 4, *aph.* 53.

III.

A sanguinis fluxu delirium aut convulsio, malum. *Sect.* 7, *aph.* 9.

IV.

Ex ictu in capite accepto stupor, malum.

V.

Ex morbo diuturno alvi defluxus, malum. *Sect.* 8, *aph.* 5.

VI.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.